

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

144

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Madame **VEYRIÈRES** (Née Marcelle **DANON**)

Née le 20 Septembre 1910, à Paris

CONTAGIONS TUBERCULEUSES ÉVITABLES CHEZ LES NOURRISSONS

Président de Thèse : M. R. DEBRÉ, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
Madame **VEYRIÈRES** (Née Marcelle **DANON**)

Née le 20 Septembre 1910, à Paris

CONTAGIONS TUBERCULEUSES
ÉVITABLES
CHEZ LES NOURRISSONS

Président de Thèse : M. R. DEBRÉ, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	R. JUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et his.oire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LE ROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies mentales et des ma-	GOUGEROT.
ladies de l'encéphale.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphi-	LEMIERRE.
litiques	CUNEO
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET
Clinique des maladies infectieuses	GREGOIRE
	ENCRMANT.
Clinique chirurgicale.....	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique ophtalmologique.....	COUVELAIRE.
Clinique urologique	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements.....	MOCQUOT.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	M. VILLARET.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	TROISIER.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	LAUBRY.
dulte	CLOVIS VINCENT.
Clinique cardiologique	N...
Clinique de neuro-chirurgie	HAZARD.
Assistance Médico-Sociale.....	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.
Professeurs sans chaire.....	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BENARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 C'o-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.

MM.

Obstétrique LANTUEJOUL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE Guy.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie LEVY-VALENSI.
 Pathologie chirurgicale .. MÈNÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT-LUT.
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNÈQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUENIOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

A TITRE PERMANENT

Clinique
médicale

Clinique
chirurgicale

ECALLE
METZGER.

Clinique obstétricale.

Education physique.....
Radiologie clinique.....
Stomatologie.....
Puériculture.....

CHAILLEY-BERT, agrégé.
LEDoux-LEBARD.
RUPPE.
WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

A MON MARI

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT DEBRE

En témoignage de ma reconnaissance et de mon attachement.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JULIEN MARIE

Médecin des Hôpitaux

Avec ma respectueuse affection.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADENAT
MONSIEUR LE DOCTEUR LESNE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEZARY
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN
MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT
MONSIEUR LE DOCTEUR LABEY
MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LEMIERRE
MONSIEUR LE DOCTEUR JACOB
MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DEBRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE LORIER
MONSIEUR LE DOCTEUR WEILL-HALLE
MONSIEUR LE DOCTEUR TIXIER
MONSIEUR LE DOCTEUR LE MEE

A MES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR SOUPAULT
MONSIEUR LE DOCTEUR LAPORTE
MONSIEUR LE DOCTEUR JULIEN MARIE
MONSIEUR LE DOCTEUR LAMY
MONSIEUR LE DOCTEUR MIGNON

La tuberculose n'est pas héréditaire. Bien qu'il soit né de parents tuberculeux, l'enfant ne devient tuberculeux que par contagion. Celle-ci se fait surtout dans les deux premières années de la vie et c'est à ce moment qu'elle est le plus grave. Il suffirait donc, pour éviter toute contagion, de séparer l'enfant du milieu infectant — ce qui serait possible en se plaçant en quelque sorte dans une société purement idéale, le premier réflexe des parents étant, bien évidemment, d'hésiter devant une séparation.

Mais, pour juger du caractère évitable des contagions, nous ne nous placerons pas à ce point de vue, car il nécessite l'abstraction totale de facteurs sanitaires et psychologiques auxquels nous nous heurtons constamment.

Aussi, ne nous occuperons-nous surtout ici que des contagions évitables dans l'état actuel de notre société au prix de réformes relativement faciles et rapides.

CONTAGIONS INEVITABLES

Nous réunirons dans ce court chapitre, les contagions que l'on ne pouvait ni prévoir ni prévenir, ainsi que les contagions dues à une tare irréductible : parents tarés ou à l'intelligence obtuse pour lesquels les assistantes sociales et les médecins qui veulent séparer le tout-petit des sources de contagion, ne sont que des « ravisseurs d'enfants ».

OBSERVATION 1.

G. Irène, 7 mois, entre à l'hôpital Hérold avec un foyer spléno-pneumonique et une cubi positive.

On assiste à l'évolution d'une tuberculose pulmonaire rapidement extensive. Le contact est retrouvé : Le père tousse et crache. Il a des bacilles tuberculeux dans ses crachats.

Malgré cela, et, à la sortie de l'hôpital, la mère refuse le placement de l'enfant.

Elle va le mener chez une tante, chez laquelle se trouve déjà une petite sœur de la malade, âgée de 4 ans 1/2.

On lui explique le danger possible pour ce dernier enfant : la contamination presque fatale entre les deux.

Toute explication est superflue.

OBSERVATION 2.

G. Jean-Claude, 20 mois, entre dans le service, avec une primo-infection typique.

On retrouve le contact : Le père, suivi par M. Riszt, tousse et crache. Ce contact est permanent, le père n'étant pas hospitalisé.

L'assistante sociale explique à la mère le danger qu'il y aurait à ne pas séparer immédiatement l'enfant de la source infectante.

Malgré cela, et contre l'avis médical, les parents reprennent l'enfant après s'être opposés à son placement.

OBSERVATION 3.

V. Albert, 20 mois, entre pour une primo-infection. On retrouve le contact permanent avec le père. Celui-ci a fait une pleurésie tuberculeuse huit ans auparavant, et, depuis, il tousse et crache. Pendant que l'enfant est hospitalisé à Hérold, le père condescend enfin à se faire examiner à Tenon, où on lui trouve des bacilles de Koch dans les crachats.

Cependant, il refuse le pneumothorax et l'hospitalisation.

Puis, dans un éclair de lucidité, il se décide à se faire hospitaliser à Tenon et fait partir l'enfant pour Brévannes.

Mais, au bout de quelque temps, il sort sur sa demande et, ayant d'autres enfants de 12, 7, 5, 4, 2 ans et 6 mois, il refuse le contact possible et veut voir ses enfants.

OBSERVATION 4.

G. Albert, 7 mois et sa sœur âgée de 2 ans, à leur sortie de l'hôpital Hérold, entrent à la Fondation Barracq, par l'intermédiaire de l'assistante sociale.

La petite fille fait un érythème noueux et meurt, 4 mois après, de tuberculose miliaire.

On retrouve le contact avec le père qui, depuis un an, tousse et crache et ne s'en est jamais soucié.

On l'envoie à Tenon où on lui trouve des bacilles dans les crachats.

Il refuse le pneumothorax et l'hospitalisation. Puis, il se fait hospitaliser à Lariboisière d'où il sort sur sa demande deux jours après.

Sur les conseils de l'assistante sociale, il accepte tout de même de se rendre à la consultation d'un dispensaire. Mais il ne continue pas, et meurt, un an plus tard.

OBSERVATION 5.

B. Lucien, 17 mois, meurt dans le service de méningite tuberculeuse.

Dans les trois premiers mois de sa vie, il a été en contact avec son père, tuberculeux pulmonaire, toussant et crachant.

Le père était allé dans un dispensaire, mais on n'avait pu le convaincre de la nécessité de se séparer de ses enfants. Il avait, d'ailleurs, montré une mauvaise volonté évidente à se faire soigner.

Il meurt trois mois après Lucien.

L'assistante sociale, sachant qu'il existe trois autres enfants, retourne voir la famille. Mais la mère, ignorante, fruste et butée refuse de les mener à une consultation et même d'en donner l'état de santé.

On est obligé d'abandonner l'enquête.

CONTAGIONS EVITABLES

En nous référant aux observations que nous avons pu recueillir dans le service de M. Debré, nous avons constaté que les sources de contagion pouvaient être résumées en quatre grands chapitres :

la mère ;

le père ou les collatéraux vivant sous le même toit ;

les parents ou les amis éloignés ;

et enfin la promiscuité des crèches et des locaux ouvriers.

En étudiant dans ce chapitre ces quatre grandes sources d'infection, nous étudierons en même temps les fautes commises et que l'on aurait pu éviter dans chaque cas particulier et dans l'état actuel de nos connaissances.

LA MÈRE

Léon Bernard et Robert Debré ont prouvé la fréquence de la contagion maternelle.

Nous avons pu recueillir 13 observations où le contact a été fait par la mère.

OBSERVATION 6.

F. Monique, 2 ans 1/2, entre le 2 mars 1936 pour une conjonctivité impetigineuse. Au cours de l'examen, on constate une spina ventosa de la main gauche.

Elle est, à sa sortie, dirigée sur Brévannes.

Le contact est retrouvé : La mère a fait une pleurésie tuberculeuse au mois de janvier 1936, pour laquelle elle a été soignée à Tenon.

Malgré cela, elle est restée en contact permanent avec son enfant et a toujours refusé de la placer.

Qui faut-il accuser ici ?

L'assistante sociale de l'hôpital Hérold, à force de persuasion, a fini par décider la mère à diriger ses autres enfants de 6 ans, 4 ans et 3 ans, sur des centres de placement.

Sans doute, les explications données par l'assistante sociale du premier service hospitalier n'étaient-elles pas suffisantes ?

OBSERVATION 7.

D. Jacques, âgé de 1 an, entre avec une température largement oscillante.

Il meurt en quatre jours de tuberculose miliaire bilatérale.

La mère avait été fatiguée après un premier accouchement. Pourtant, elle n'avait pas consulté. Elle avait difficilement repris son activité habituelle depuis deux ans. Cependant, elle continuait à tousser et cracher. Mais, elle n'en tenait pas compte car elle vivait difficilement, et devait travailler pour nourrir la famille.

Enfin, elle finit par se rendre dans un dispensaire qui la reconnaît tuberculeuse avec des bacilles de Koch dans les crachats.

Insuffisamment avertie par le dispensaire, se croyant d'ailleurs toujours obligée de travailler pour nourrir son enfant, et ignorant l'organisation des centres de placement, elle garde son petit garçon près d'elle.

Contact qui fut fatal à l'enfant.

OBSERVATION 8.

F. Stéphane, 18 mois, entre à l'hôpital Hérold avec des poussées fébriles inexpliquées et une cuti positive.

On recherche le contact.

La mère accuse « un ami », tuberculeux, qui fréquentait la maison.

Malgré cette accusation, malgré les dénégations de la mère quant à son état de santé, on l'examine. Elle tousse et crache, et on lui trouve, à l'examen radiologique, une géode sous-claviculaire.

Il est vraisemblable que par pudeur (la tuberculose n'est-elle pas une maladie que l'on cache ?) la mère a essayé de déjouer les recherches.

Enfin, grâce à l'assistante sociale du service de M. Debré, elle accepte de partir pour Brévannes, tandis que l'enfant est dirigé vers l'œuvre Grancher.

OBSERVATION 9.

L. Maurice, âgé de 22 mois, entre dans le service le 16 novembre 1935 et meurt environ un mois après son entrée pour une tuberculose pulmonaire droite.

La mère est bacillaire, et, depuis longtemps déjà, reconnue et soignée comme telle.

Malgré cela, elle a nourri son enfant pendant trois semaines.

Elle est restée ensuite en contact permanent.

Insuffisamment instruite, non seulement par le dispensaire où elle se faisait soigner, mais aussi par la sage-femme qui l'a accouchée, elle a commis l'énorme faute de garder son enfant près d'elle, et en outre, de l'allaiter.

Elle a un autre enfant de 9 ans dont Mlle Chaunier, assistante sociale du service Debré, s'est occupée à fin de placement.

OBSERVATION 10.

C. Roger, 1 an.

Cet enfant est envoyé par le centre de triage de l'Hôpital Tenon où la mère est suivie pour tuberculose pulmonaire.

Il meurt, trois semaines après son entrée dans le service, de tuberculose pulmonaire rapidement extensive.

Le contact est retrouvé, avec la mère qui a toujours toussé et craché, dont la tuberculose pulmonaire a été diagnostiquée en janvier 1934.

Le centre de triage de Tenon a jourtant prévenu la mère, mais, celle-ci, ne connaissant qu'imparfaitement les centres de placement, ayant peur de l'inconnu, car personne ne l'avait suffisamment éduquée, a gardé son enfant près d'elle.

OBSERVATION 11.

J. Elise, 16 mois, est envoyée avec un foyer de spléno-pneumonie tuberculeuse et une cuti + +

Elle est en contact permanent avec sa mère depuis sa naissance.

Celle-ci touche et crache et suivie par un dispensaire. Mais on ne lui a pas conseillé de se séparer de l'enfant sous prétexte qu'elle n'avait pas de bacilles dans les crachats !

L'enfant, à sa sortie de l'hôpital, est heureusement placée à Brévannes.

Elle a été ensuite revue à plusieurs reprises, et l'image radiologique tendait à s'effacer.

OBSERVATION 12.

Z. Rahdia, 5 mois, entre après un virage de sa luti et avec des signes pulmonaires graves.

Elle meurt quinze jours après son entrée de broncho-pneumonie^e tuberculeuse avec une température à 41,8.

La mère est malade depuis huit jours avant la naissance de l'enfant. Malgré cela, elle est en contact avec sa petite fille depuis la naissance de celle-ci. La sage-femme qui l'a accouché ne lui a absolument rien dit.

Quatre mois avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital, la mère est hospitalisée à Cochin d'où elle est dirigée au sanatorium de la Turjolle.

Deux autres enfants sont suivies au dispensaire du V^e arrondissement.

OBSERVATION 13.

N. Jacqueline, 1 an.

Enfant envoyée par l'hôpital Tenon où la mère est soignée et qui, placée à sa sortie de l'hôpital à la fondation hispano-américaine, y meurt de péritonite tuberculeuse.

La mère, malade depuis la naissance de l'enfant et obligée de gagner sa vie, ignorant les ressources octroyées par les centres de placement, garde son enfant en contact permanent et quotidien depuis un an.

Elle est d'ailleurs décédée de tuberculose pulmonaire à l'hôpital Tenon.

OBSERVATION 14.

B. Marcel, âgé de 18 mois, entre avec un gros foyer pulmonaire évident et une cuti positive.

La mère tousse depuis six mois et l'on a diagnostiqué au dispensaire une tuberculose pulmonaire droite.

Ignorante des ressources actuelles, elle avait, pendant ces six mois, absolument refusé de se faire examiner. Elle est restée en contact permanent avec l'enfant. Elle accepte enfin d'être envoyée à Angicourt et l'enfant est repris par la grand' mère qui doit l'emmener en Italie.

OBSERVATION 15.

M. Yvonne, 10 mois.

Enfant chez laquelle on assiste à un virage de la cuti qui devient brusquement hyperpositive.

La mère est malade depuis de longs mois, immédiatement après la naissance de l'enfant, et a toujours refusé de se faire examiner.

Ce n'est que quelques mois après la sortie de l'enfant que son état l'oblige à se faire hospitaliser à Lariboisière où elle meurt peu de temps après de tuberculose pulmonaire.

On ne sait trop, ici, qui il faut accuser, car cette femme n'a pas été suffisamment prévenue ou instruite.

OBSERVATION 16.

D. Bernard, 3 ans, entre pour une spina ventosa du 3^e métatarsien gauche.

La mère, immédiatement après la naissance d'un petit frère, fait une tuberculose ouverte bilatérale avec hémoptysie et caverne, de laquelle elle meurt.

Elle a donc été en contact pendant deux mois avec l'enfant. Contact très court, pendant lequel la mère hé-

sitait sur la conduite à tenir et qui, cependant, a été suffisant pour infecter l'enfant.

Le petit frère, également en contact très court, est décédé à l'hôpital Hérold, à l'âge de 7 mois, de broncho-pneumonie tuberculeuse.

OBSERVATION 17.

C. André, 13 mois, entre avec une spina ventosa du 2^e métatarsien gauche. Il est à sa sortie, dirigé sur Brévannes, car, au cours de son séjour à Hérold, il est apparu un foyer spléno-pneumonique.

La mère a été bien portante jusqu'à l'accouchement. Mais, ensuite, apparaît une tuberculose pulmonaire rapidement évolutive dont elle meurt cinq jours avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital.

Cette femme, suivant les conseils du dispensaire, avait placé l'enfant en nourrice.

Mais, résolution ou conseils trop tardifs, elle l'avait nourri pendant les quatre premiers mois, et ce contact avait été suffisant.

OBSERVATION 18.

K. Jocelyne, 4 mois.

Cette enfant est envoyée à Hérold sur les conseils de l'assistante sociale du service Pruvost (Hôpital Tenon), où la mère est hospitalisée pour tuberculose pulmonaire. Elle meurt en cinq à six semaines de tuberculose ganglio-pulmonaire avec adénopathies trachéo-bronchiques caséuses ainsi que le vérifia l'autopsie.

On ne s'explique pas comment la mère qui a accouché dans une maternité d'un des hôpitaux de Paris, qui a toujours eu une sante fragile, n'a pas été prévenue par les sage-femmes de cette maternité.

L'on ne s'explique pas non plus comment elle n'a pas

reçu les visites des Assistantes sociales alors que, un mois après l'accouchement, elle a commencé à maigrir et à tousser.

Ce n'est que cinq jours avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital Hérold que sa mère est allée à la consultation de Tenon. Elle a d'ailleurs été admise immédiatement à cet hôpital, pour création d'un pneumothorax, tandis que l'enfant, comme nous l'avons dit, était envoyé à Hérold.

A chacune de ces observations, nous avons pu remarquer la faute commise :

Education populaire insuffisante ; sage-femmes qui, au moment de l'accouchement, n'ont pas, activement, recherché les légers signes de tuberculose à son début et n'ont pas conseillé à la mère de se faire suivre dans un dispensaire à leur sortie de la maternité ; infirmières-visiteuses qui ne sont pas retournées voir l'enfant chez lui et n'ont pas conseillé à la mère un placement judicieux ; dispensaires dont les conseils tardifs et insuffisamment convaincants n'ont été que peu ou pas suivis.

LE PÈRE

Voici 14 observations où le contagement s'est fait par le père.

OBSERVATION 19.

B. Marcel, 22 mois.

Cet enfant présente, cliniquement comme radiologiquement, une hilite gauche avec grosse réaction ganglionnaire de voisinage et une cuti positive.

Le père, trois mois avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital Hérold est décédé de tuberculose ouverte.

Entêté, et rebutant la patience limitée des infirmières du dispensaire où il allait se faire soigner, irrégulièrement d'ailleurs, il est resté en contact permanent avec l'enfant.

Grâce à Mlle Chaumier, assistante sociale de l'hôpital Hérold, l'enfant, à sa sortie de l'hôpital, part pour Brévannes.

OBSERVATION 20.

B. Clyriacos, 22 mois, entre avec une toux tenace, une cuti + +, un foyer broncho-hilaire droit et deux gommes tuberculeuses à la cuisse gauche.

Le père tousse chaque hiver. Quatre ans auparavant, il a été castré pour épididymite tuberculeuse. Il a toujours refusé d'admettre qu'il était malade, et, mal conseillé depuis toujours, au moment de l'hospitalisation de l'enfant, a essayé de se dérober en accusant un voisin qui « toussait » et voyait beaucoup l'enfant, décédé d'ailleurs depuis un an.

OBSERVATION 21.

C. Lucien, 16 mois, entre avec un mal de pott : gibbosité dorsale et cuti positive.

Il est proposé pour Berck.

Enfant fragilisé et chétif, en mauvais état général — ; avant de partir, il meurt de diphtérie.

Le père est atteint de tuberculose pulmonaire depuis sept ans et crache des bacilles de Koch depuis deux ans.

Conseillé trop tardivement, il est resté en contact avec

l'enfant pendant les cinq premiers mois de la vie de celui-ci et ne s'est fait hospitaliser qu'à ce moment.

OBSERVATION 22.

G. Auguste, 9 mois.

Cet enfant entre avec une broncho-pneumonie tuberculeuse et meurt six semaines après son entrée.

Le père, malade depuis longtemps, également trop tardivement conseillé, est resté en contact avec l'enfant pendant huit mois, car il a été hospitalisé à Tenon un mois avant l'entrée de l'enfant à Hérold.

OBSERVATION 23.

N. Josette, 20 mois.

Spina ventosa du premier métatarsien gauche et nombreuses gommes tuberculeuses.

Jusqu'à l'âge de 14 mois, elle a été en contact avec son père qui est atteint de tuberculose pulmonaire.

Celui-ci, travaillant durement, remettait du jour au lendemain le fait d'aller se faire examiner.

A sa sortie de l'hôpital Hérold, l'enfant est envoyé à San Salvador.

OBSERVATION 24.

L. Suzanne, 3 ans, entre avec une hilite gauche et une cuti hyperpositive.

L'enquête avait établi que les parents étaient bien portants. Mais, pendant le séjour de l'enfant à l'hôpital, on apprend fortuitement que le père a fait quelques semaines auparavant, une hémoptysie qu'il avait cachée soigneusement.

Examiné, il se trouve porteur d'une tuberculose ouverte avec bacilles dans les crachats.

Il avait refusé de se faire examiner jusque là, car il a avoué lui-même qu'il tenait une tuberculose pulmonaire comme une maladie honteuse.

Et voilà un cas de contagé que l'on aurait pu éviter, par une éducation populaire bien menée.

OBSERVATION 25.

L. Roger, 8 mois.

Cet enfant est envoyé par un dispensaire, le père étant hospitalisé à Bichat pour tuberculose pulmonaire. Le père tousse et crache depuis la naissance de l'enfant (17 septembre 1933).

Obligé de subvenir aux besoins de la famille, et ignorant les dangers de la contagion tuberculeuse, il est resté près de son enfant pendant les cinq premiers mois de la vie de celui-ci, reculant son hospitalisation jusqu'à la dernière limite. L'enfant est décédé le 5 juillet 1934, de méningite tuberculeuse.

OBSERVATION 26.

D. Odette est âgée de 5 mois.

Son père est reconnu tuberculeux depuis que l'enfant a trois semaines.

N'ayant pas voulu se séparer de sa fille, mais compréhensif et bien éduqué, il a pris toutes les précautions suffisantes.

Précautions qui se sont trouvées excellentes puisque l'enfant qui, pour bronchite, fait deux séjours à Hérold de un mois environ, à l'âge de trois semaines puis de deux mois, a, à ce moment, des cuti, des intradermo-réactions et des radios entièrement négatives.

Puis, convaincus par l'assistante sociale, les parents envoient leur petite fille pendant deux mois à l'œuvre du Placement Familial des Tout-Petits.

Malheureusement, au bout de ces deux mois, les parents réclament l'enfant et bien qu'ils prennent à nouveau toutes les précautions voulues, à un troisième séjour de la petite malade à Hérold, la cuti s'avère positive.

La situation est, cette fois encore, sauvée par Mlle Chaumier qui s'occupe activement du placement de l'enfant à son retour de Claude Bernard où elle avait été hospitalisée pour une varicelle bénigne.

De plein accord avec les parents, la petite Odette part enfin pour Forge-les-Bains.

OBSERVATION 27.

L. Denise, 17 mois, meurt dans le service, de tuberculose miliaire.

Le père tousse depuis de longues années. Mais, comme il ne crachait pas, il a toujours jugé inutile de « perdre son temps dans un dispensaire » !

Il a été en contact permanent avec l'enfant.

Pendant l'hospitalisation de celle-ci, on fait au père une radiographie pulmonaire qui montre une lésion manifeste du poumon gauche.

Il existe deux autres enfants dont Mlle Chaumier s'occupe activement après la mort de Denise.

Enfin convaincus, les parents acceptent la séparation.

L'aînée, qui présente une cuti + et un foyer du lobe supérieur gauche part pour Brévannes ; tandis que le cadet, qui présente également une cuti positive et un foyer moyen droit, est dirigé vers le Placement Familial des Tout-Petits.

OBSERVATION 28.

O. Raymonde, âgée de 7 mois, est amenée à l'hôpital Hérold dans un état très déficient et y meurt trois se-

maines après son entrée de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Le père tuberculeux pulmonaire, tousse et crache depuis déjà longtemps. Deux mois avant l'entrée de l'enfant à Héroid, il est hospitalisé à Broussais.

Il a donc été en contact permanent avec sa petite fille pendant cinq mois.

N'étant suivi, ni par un dispensaire, ni par un médecin traitant, ignorant volontaire des dangers de la contagion, croyant d'ailleurs la tuberculose héréditaire et très accessoirement contagieuse, il s'est toujours désintéressé de l'avenir de son enfant, paraissant s'incliner devant une fatalité héréditaire et absolument inéluctable.

A l'heure actuelle, il regrette son attitude mais s'abrite derrière son ignorance.

OBSERVATION 29.

B. Huguette, 6 mois.

Cette enfant a été vue quelquefois à la consultation des Enfants Malades, puis suivie régulièrement à l'Office Public d'Hygiène Scoiale de Vanves (dont nous aurons, d'ailleurs l'occasion de reparler). Envoyée par ce dernier établissement parce qu'elle présente une cuti positive, elle fait, pendant son séjour à Héroid, une tuberculose cutanée.

Mlle Chaumier qui, à la sortie de l'enfant, fait à la famille de celle-ci des visites domiciliaires, a pu se rendre compte que les parents étaient compréhensifs.

Si souvent rebutée, elle met alors tout en œuvre pour rechercher le contact et, si possible, placer l'enfant.

Le père, tuberculeux pulmonaire, est resté en contact avec Huguette pendant un mois ; puis, hospitalisé à Boulogne, il y est mort quatre mois après son entrée. Il avait,

auparavant, infecté un petit garçon de 4 ans qui est mort de méningite tuberculeuse alors que sa sœur Huguette avait trois mois.

Elle a donc été également en contact avec ce frère.

Famille besogneuse et honnête, où la séparation des enfants n'avait pas été faite par manque d'argent et parce que les dispensaires qui suivaient les petits n'avaient pas été assez catégoriques.

Mais, durement éprouvée par la mort de son mari et de son petit garçon, la mère, ayant encore un autre enfant de deux ans, bien portant, mais qui présente une cuti positive, accepte le placement des petits avec reconnaissance.

OBSERVATIO« 30.

B. Maurice, 21 mois, reste dans le service trois semaines avec des signes méningés et un gros foyer broncho-pneumonique avec cuti positive.

Emmené par ses parents, il meurt chez lui, quatre jours plus tard, de broncho-pneumonie tuberculeuse avec réaction méningée.

Le contact est retrouvé. Il s'agit du père qui, depuis dix ans, tousse et crache.

Il a toujours été en contact avec son enfant et à toujours refusé de se faire soigner.

Enfin, depuis un an, cédant aux instances du dispensaire où sa femme l'a conduit, presque de force, il a accepté un traitement aux sels d'or mais a refusé absolument de se séparer de son fils.

La mère, trop faible, s'est inclinée et a accepté le contact, fatal à son enfant.

Il existe une autre petite fille qui a une cuti positive.

Grâce aux visites domiciliaires de l'Assistante sociale et à ses appels pressants, les parents accepteront peut-être le placement de cet enfant.

OBSERVATION 31.

C. Edouard, 11 mois.

Envoyé par un dispensaire car il a une cuti positive, et que son père est hospitalisé à Broussais pour tuberculose pulmonaire.

On lui trouve, pendant son séjour, un foyer de primo-infection et, à sa sortie, il est dirigé vers l'œuvre du Placement Familial des Tout-Petits.

Le père, qui tousse et crache depuis quelque temps déjà, a été en contact avec l'enfant pendant les huit premiers mois de sa vie.

Il n'avait pas été se faire examiner car il ignorait les dangers d'une contamination possible.

OBSERVATION 32.

B. Olga, 6 mois.

Cette enfant a reçu du B. C. G. mais n'a pas été séparée de ses parents.

Elle meurt dans le service en quinze jours de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Le père est porteur, depuis de longues années déjà, d'une tuberculose ouverte. Il pensait que le B. C. G. était suffisant pour empêcher toute contagion tuberculeuse.

Il existe une autre petite fille, âgée de deux ans, dont l'assistance sociale s'occupe activement.

La cuti s'avérant positive, la mère accepte le placement familial de l'enfant.

Dans ces quatorze observations, où l'enfant a été en contact avec le père tuberculeux, nous avons été à même de nous rendre compte des fautes commises.

Pères toussant depuis longtemps, dont la tubercu-

lose a été une découverte d'examen lors du séjour de leur enfant à l'hôpital car, paresse ou négligence, ils n'ont pas été, auparavant, se faire examiner dans une consultation de dispensaire ou d'hôpital.

Pères aux tuberculoses ouvertes et parfois diagnostiquées, qui sont restés en contact permanent avec l'enfant, car ils n'étaient pas assez prévenus, car les dispensaires, les œuvres sociales ne leur avaient pas montré suffisamment le danger.

Combien encore, dont les séjours en sana rendaient intermittent et irrégulier le contact avec l'enfant, n'ont cependant pas pris les mesures de précaution nécessaires et indispensables au cours de leurs visites.

PARENTS OU AMIS ÉLOIGNÉS

Voici quelques observations où le contagé s'est fait par des parents ou amis ne vivant pas sous le même toit que l'enfant.

OBSERVATION 33.

R. André, 3 mois 1/2, fait à Hérold plusieurs séjours parce qu'il tousse.

Au cours de son hospitalisation, on assiste au virage de sa cuti qui devient positive tandis qu'apparaît une image hilaire.

A sa sortie, l'assistante sociale obtient le départ de l'enfant à la campagne, chez un de ses oncles qui habite près de Rennes.

Par les soins du service social, il est d'ailleurs signalé au dispensaire de Rennes.

Le contact ici, a été minime : Pendant les huit premiers jours de sa vie seulement, l'enfant a été en contact avec le grand-père, tuberculeux, et décédé alors que son petit-fils avait trois semaines.

Les parents, qui s'étaient occupés du placement du grand père, avaient pourtant fait le nécessaire le plus vite possible. Mais ce contact, si minime, a pourtant été suffisant.

OBSERVATION 34.

M. Georges, 15 mois 1/2, présente de la fatigue avec amaigrissement et température.

Sur le conseil d'une infirmière du bureau d'hygiène, la mère conduit l'enfant au dispensaire antituberculeux de la rue Monge.

On fait une radiographie et l'on conclue que l'enfant est à surveiller.

C'est alors qu'il entre à Hérold où, avec une cuti positive, on découvre un foyer de primo-infection.

L'enfant doit partir pour Brévannes, mais les parents estiment que l'enfant ne court aucun danger près d'eux, le reprennent au dixième jour de son hospitalisation et refusent de l'envoyer à Brévannes.

Cet enfant a été en contact avec un oncle, frère du père, mort quelque temps auparavant de tuberculose pulmonaire et qui le voyait parfois.

L'assistante sociale insiste pour que les parents soient examinés. Ils refusent l'examen; n'admettent pas le contact avec l'oncle et accusent une petite voisine de onze ans qui toussait quelquefois et qui a, maintenant, déménagé.

L'on ne saurait expliquer cette attitude que par la volonté de nier ou de cacher une tuberculose familiale « maladie honteuse ».

OBSERVATION 35.

B. Suzanne, 4 mois.

Cette enfant est envoyée à la consultation de l'hôpital Hérold par le médecin traitant parce qu'elle tousse et qu'elle a une cuti positive.

On retrouve le contact. Il s'agit du frère de la mère qui a été traité dans l'enfance à Berck pour une adénopathie cervicale tuberculeuse et qui, ensuite, a fait une pleurésie. Mais on l'estimait guéri et les parents, sans crainte, le laissaient s'occuper de l'enfant.

OBSERVATION 36.

F. André, 14 mois, meurt dans le service de méningite tuberculeuse.

A sa naissance, il avait reçu du B. C. G. et les parents l'estimaient donc absolument en dehors de toute atteinte tuberculeuse.

Mais l'enfant était en contact régulier avec le grand père, toussant et crachant, chez lequel on a trouvé des bacilles dans les crachats et qui, tous les jours, venait régulièrement voir l'enfant.

D'ailleurs, le grand père a été hospitalisé à Tenon six semaines après l'entrée du petit-fils à Hérold, et y est mort peu de temps après.

Après la mort du petit André, Mlle Chaumier s'occupe de la petite sœur âgée de 7 ans, qui présente une cuti positive et chez laquelle l'examen radiologique décèle une petite ombre droite.

Cette enfant a été également en contact avec le grand père, bien que ce contact ait été moins intime. (Le grand-père s'en occupait moins, car elle était l'aînée). La petite fille est placée en préventorium à Dreux.

Revue à la consultation de l'hôpital Hérold quelques mois après, elle se porte parfaitement.

OBSERVATION 37.

R. Robert, 1 an, entre, en vue d'un placement.

Il tousse un peu, présente une cuti positive, et la radio révèle une tuberculose miliaire bilatérale avec grosse réaction biliaire.

La mère avoue facilement que l'enfant a été en contact avec le grand père, mort de tuberculose pulmonaire quatre mois auparavant et qui a vu l'enfant pendant six mois une heure par jour.

Elle pensait que le contact ne se ferait pas, tant il paraissait minime.

OBSERVATION 38.

M. Liliane, 1 an, meurt dans le service de Broncho-pneumonie tuberculeuse.

L'Assistante sociale recherche le contact et l'on hésite devant plusieurs hypothèses.

Le père, actuellement bien portant, a fait, il y a 4 ans, une hémoptysie. Depuis, examiné et suivi pendant 6 mois au dispensaire de l'avenue Secrétan, on ne lui aurait jamais rien trouvé de suspect, cliniquement ou radiologiquement. Après six mois, il rapporte lui-même les paroles entendues au dispensaire : « Rien, inutile de revenir ». D'ailleurs, depuis cet accident isolé, il continue à se bien porter.

Mais il existe un autre contact plus sûr.

La grand'mère de l'enfant a été hospitalisée 15 ans auparavant pour tuberculose pulmonaire. Elle vit actuellement avec sa fille, tante de l'enfant, âgée de 34 ans, également atteinte de tuberculose pulmonaire.

Les deux femmes ont vu la petite Liliane constamment, de sa naissance à son entrée à l'hôpital.

On apprend qu'il existait d'autres enfants :

Robert, décédé à 6 mois, quatre ans auparavant, de tuberculose probable ;

Mauricette, décédée à 6 mois de méningite tuberculeuse.

Il existe encore un autre enfant : André, deux mois, né à la Maternité de Saint-Louis, où il n'a pas reçu de B. C. G.

L'Assistante sociale de l'hôpital Hérold signale le cas à l'Office Public d'hygiène sociale du 19^e arrondissement, insistant sur la nécessité urgente de séparer l'enfant de la tante et de la grand'mère.

Mlle Chaumier obtient la réponse : On ne peut rien faire, car la grand'mère et la tante n'habitent pas avec l'enfant.

La question est alors beaucoup plus délicate : Peut-on empêcher catégoriquement la tante et la grand'mère de voir l'enfant ?

La famille est suivie par le dispensaire de la rue d'Argonne qui fera son possible.

OBSERVATION 39.

C. Odette, 2 ans et demi, entre dans le service le 14 mai 1934.

Elle meurt le 28 mai de pie-mérite tuberculeuse. A sa naissance, l'enfant a été vaccinée au B.C.G. par pure précaution, car les parents sont bien portants. La mère a bien eu une pleurésie en 1927, mais, depuis, elle n'a eu aucun signe pulmonaire, tant à la radiologie qu'à la clinique.

On note seulement que :

1° Dans les premiers mois de sa vie, l'enfant aurait été en contact avec un autre enfant qui, depuis, a fait un séjour en sanatorium. La mère a revu cet enfant dernièrement, il est en bonne santé.

2° Que d'autre part il existerait un contact plus récent avec une fillette de 8 ans qui présenterait une adénopathie médiastinale tuberculeuse.

Il est ici difficile de se faire une opinion, tant les contacts auront été minimes et fugaces.

OBSERVATION 40.

L. Henri, 2 ans.

Cet enfant présente une atteinte tuberculeuse vertébrale.

Il est, à sa sortie, dirigé sur Trousseau, puis sur San-Salvador.

Il est assez difficile de retrouver le contact, car il faut remonter assez loin.

Néanmoins, on apprend que l'enfant voyait fréquemment son grand-père, mort de tuberculose pulmonaire il y a 18 mois, et sa tante, décédée également de tuberculose hémoptoïque 19 mois auparavant.

Le contact est donc ancien ; mais les lésions sont également très anciennes, et leur début remonte à 10 mois. Elles sont restées longtemps latentes et, au moment où l'enfant est vu à Hérold, l'atteinte osseuse est considérable.

OBSERVATION 41.

M. Jeanine, 2 ans et demi, meurt dans le service de méningite tuberculeuse.

L'Assistante a de la peine à retrouver le contact. Le père et la mère se disent absolument bien portants, et accusent une jeune cousine de l'enfant, âgée de 17 ans, qui, d'abord hospitalisée à Claude Bernard pour une simple rougeole, est ensuite traitée en ville pour une soi-disant congestion pulmonaire. Trois mois avant l'entrée de la petite Jeanine à l'hôpital, elle fait une atteinte

bacillaire massive du poumon droit. Son placement en sanatorium est demandé.

Cette jeune cousine a toujours été en contact assez fréquent avec la petite malade.

L'assistante sociale de l'hôpital Hérold, ainsi que les parents de la petite cousine qui ne veulent pas être accusés de la mort de Jeanine, demandent l'examen radiologique et clinique des parents. Mais ils se heurtent à la mauvaise volonté de ceux-ci.

Le problème est resté insoluble.

OBSERVATION 42.

L. Jeanine, 2 ans, meurt également dans le service de méningite tuberculeuse.

L'enquête, par laquelle les parents s'avèrent bien portants, a bien du mal à découvrir un contact fugace et lointain.

La petite malade aurait été en rapport avec deux jeunes filles de 14 et 16 ans, tuberculeuses, qui venaient de faire un séjour en sanatorium.

Dans ces dix observations, où les enfants ont été en contact avec des parents ou des amis éloignés, nous avons pu constater de façon frappante plusieurs fautes commises et que l'on aurait pu éviter :

Grands-parents tuberculeux à qui l'on n'ose pas refuser le plaisir de voir l'enfant qui vient de naître ainsi que nous montre l'exemple du petit R... André, observation 33.

Grands-parents auxquels on mène l'enfant « à la campagne » pour ne pas payer les frais d'une colonie scolaire ou d'un camp de vacances.

Oncles ou tantes vivant avec l'enfant parce qu'ils ignoraient le danger et, plus souvent encore, pour éviter un déménagement toujours désagréable et coûteux.

Amis enfin, ou parents éloignés, auxquels, par défaut d'instruction, par pitié ou négligence, l'on a conduit l'enfant. Visites très courtes et qui ne « devaient » pas lui être nuisibles. Comme le grand-père du petit R... Robert (observation 37) qui, pendant 6 mois, avant de mourir, a vu l'enfant une heure par semaine.

Amis de la famille auxquels l'on n'osait pas ne pas emmener l'enfant pour ne pas les « fâcher ».

Tant de contacts fugaces, tant de fautes commises, tant de décès où l'on ne sait pas si on doit accuser l'ignorance des familles ou la négligence de ceux (dispensaires, infirmières-visiteuses) qui n'ont pas su les mettre en garde.

PROMISCUITÉ DES LOCAUX OUVRIERS

Mais ces contacts ne suffisent pas à ce chapitre des contagions évitables. Les locaux ouvriers et leur promiscuité doivent y trouver leur place. Ce sont les voisines de palier qui embrassent l'enfant lorsqu'elles le rencontrent dans l'escalier. Ce sont les voisines « porte à porte » et chez lesquelles il est si commode de laisser l'enfant pendant que les parents sortent ou travaillent. C'est « le voisin du dessus », tuberculeux

notoire, chez lequel on envoie l'enfant par charité, avec quelques provisions. C'est l'ami du père, toussant et crachant à qui l'on offre l'hospitalité pendant les soirées d'hiver, pour éviter leur longue monotonie et parce que la mère aime encore mieux avoir son mari près d'elle plutôt que de l'attendre seule, pendant de longues heures.

OBSERVATION 43.

N. Ginette, 1 an.

Cette enfant reste dans le service 11 jours et l'on constate, avec une cuti positive, un foyer de primo-infection.

L'enquête retrouve le contact : Il s'agit d'un voisin d'hôtel, tousseur et cracheur, et qui a été en contact fréquent avec l'enfant pendant plusieurs mois.

Quand ils ont craint le danger, les parents ont déménagé, mais il était déjà trop tard.

OBSERVATION 44.

D. Louise, 14 mois.

Née à la Maternité de Saint-Antoine, meurt dans le service du professeur Debré de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Le contact est difficile à retrouver.

Cependant, on arrive à savoir que le père avait un camarade, habitant le même hôtel que lui, Algérien, mort de tuberculose pulmonaire, et qui avait été plusieurs fois en contact avec l'enfant au cours des sept à huit premiers mois de sa vie.

Les parents n'ont jamais supposé un seul instant que les visites de cet homme pouvaient être fatales à leur enfant.

OBSERVATION 45.

A. Sotir, 2 ans, entre dans le service avec une toux persistante.

On lui trouve une cuti hyperpositive et une intra-dermo positive, et à la radiographie un champignon hilair gauche paraissant un foyer fibro-calcaire ancien.

On retrouve le contact : Il s'agit d'une voisine de palier, tuberculeuse, qui voyait souvent l'enfant, car les femmes se rendaient des services journaliers, et qui, d'ailleurs, est morte 4 mois avant l'entrée de l'enfant à Hérold.

OBSERVATION 46.

M. Alphonse, 11 mois, reste dans le service deux mois et demi, au cours desquels évolue par poussées une broncho-pneumonie avec manifestations auriculaires et pharyngées.

Pendant son séjour, on a discuté pour savoir s'il s'agissait d'une broncho-pneumonie tuberculeuse ou d'une granulie.

En réalité, il devait s'agir d'une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.

L'enquête établit que les parents sont bien portants et qu'il n'existe qu'un seul contact possible : un voisin, toussant et crachant, voyant l'enfant journellement.

Le petit malade quitte le service sur la demande des parents.

On ne sait quelles étaient les relations exactes existant entre ce voisin et les parents ou la mère de l'enfant, mais ceux-ci se refusent à donner d'autres renseignements et l'enquête n'a pu avoir lieu.

OBSERVATION 47.

B. Jacques vient à la consultation parce qu'il a de la fièvre.

On fait le diagnostic de broncho-pneumonie tuberculeuse et l'enfant meurt chez lui deux mois après.

Les parents ont un très petit logement avec quatre autres enfants de 15, 7, 6 et 3 ans. Aussi sont-ils parfois heureux de confier ceux-ci à une voisine complaisante, tuberculeuse, et qui, par conséquent, a été en contact quotidien avec le petit malade. Les autres enfants ont une cuti positive et des radioscopies normales, sauf le dernier, âgé de 3 ans, qui a une cuti négative.

L'assistante sociale explique le danger aux parents qui vont « essayer » d'interrompre le contact avec ces derniers.

OBSERVATION 48.

M. Robert, âgé de 2 ans, meurt dans le service en six jours, de pie-mérite tuberculeuse.

L'enquête familiale est négative.

Cependant :

1° Une voisine serait tuberculeuse, mais les parents ne l'ont jamais fréquentée et ne peuvent préciser un contact ;

2° L'enfant était dans une crèche et les soupçons de la mère sont dirigés vers cette crèche, d'autant plus qu'un autre enfant, âgé de trois ans, et qui n'y a pas été, a une cuti négative.

Il est ici difficile de conclure.

Contact avec un des membres du personnel de la crèche ou avec un des petits enfants qui y sont gardés ?

Contact avec la voisine qui, rencontrant l'enfant seul, ne peut s'empêcher de l'approcher ?

Le problème n'a pas été résolu.

OBSERVATION 49.

F. Georges, 19 mois, entre dans le service avec de gros signes pulmonaires et une cuti positive.

La radiographie décèle une image de scissurite droite avec gros amas ganglionnaires.

Ici, l'enquête recherche vainement le contact. On sait simplement que la famille habite en hôtel meublé un logement étroit et malsain, et qu'il existe d'autres enfants encore bien portants.

On ignore ce qu'ils sont devenus.

RESSOURCES ACTUELLES NOUS PERMETTANT D'ÉVITER LES CONTAGIONS

Nous venons d'étudier, dans ce grand chapitre des contagions évitables, les fautes commises.

Étudions maintenant les ressources actuelles de notre société qui peuvent éviter les contagions.

Les sages-femmes ont un rôle important.

En effet, dans les Maternités de l'Assistance Publique, les sages-femmes recherchent attentivement, dans les antécédents de la future accouchée, à dépister une tuberculose, même à son début ; puis préviennent la mère s'il y a lieu.

Prophylaxie ante-natale active : enfants dont la séparation a été prévue avant l'accouchement, comme il est pratiqué dans la plupart des maternités de l'Assistance Publique, et en particulier dans le service de M. Couvelaire.

Ces mesures sont complétées par la prophylaxie post-natale des enfants qui n'ont pu être séparés de leur mère tuberculeuse ou de tout autre contact familial. Ces enfants sont soumis à une surveillance médicale de quelque temps avant d'être dirigés sur des centres de placement.

C'est ainsi qu'on a fondé en 1901 (Mlle Chaptal) l'Assistance maternelle et infantile de Plaisance qui s'occupe activement de la femme enceinte et ayant déjà accouché ; et qui donne des primes d'allaitement à la condition que la mère vienne aux consultations de nourrissons.

Des œuvres ont été fondées qui gardent les autres enfants temporairement. Telles sont la Maison Maternelle des Demoiselles Koppe et l'Abri de l'Enfance fondé par la générale Sée.

L'enfant placé en nourrice, l'est parfois dans des conditions déplorables : avec des nourrices sales et ignorantes. Les enfants sont mal tenus, ne sortent pas de la maison, en sorte qu'ils manquent d'air, de soleil et de lumière, tout en vivant à la campagne. La contagion tuberculeuse est souvent méconnue et le personnel du service antituberculeux de la région n'est averti que trop tard de l'existence de tuberculeux qui, déjà, ont contaminé leurs enfants et ceux du voisinage.

Aussi, les œuvres dont nous avons parlé plus haut conseillent aux parents certains centres de placement situés dans les environs de Paris et très surveillés. (Nous en reparlerons plus loin.)

Signalons ici certaines œuvres de haute portée sociale :

L'Assistance Maternelle et infantile de Plaisance, dont nous avons parlé plus haut, possède un dispensaire avec trois consultations de nourrissons par semaine et où les enfants sont suivis jusqu'à l'âge de

trois ans. En 1924, il y eut 856 consultants dont 541 ont été reconnus tuberculeux.

En Normandie, c'est à Fécamp que la première Goutte de Lait a été fondée en 1894 par le Docteur Dufour. Puis, on a organisé des services d'hygiène. Ils sont un peu spéciaux en ce sens qu'aucun intermédiaire n'existe entre le médecin inspecteur départemental qui dirige tout, de haut, et le médecin traitant.

Un Office Public d'hygiène sociale est annexée au service d'hygiène départemental. Il s'efforce de dépister les maladies infectieuses et en particulier la tuberculose, avec assez de mal d'ailleurs, car il n'existe pas encore d'infirmières-visiteuses de puériculture en Seine-Inférieure.

Toutefois, il existe deux centres médicaux, à Bolbec et à Dieppe. Chaque centre possède une infirmière chargée de la prophylaxie antituberculeuse. Chaque infirmière, avec une voiture, peut aller dans les hameaux les plus reculés et dépister ainsi les sources de contagie, préserver les enfants.

D'après une enquête faite dans le pays de Caux et le pays de Bray, on a trouvé que dans le pays de Caux, mi-rural, mi-citadin, on compte un nombre plus élevé de tuberculose (24 contre 9).

A Vanves, il existe un dispensaire antituberculeux de l'Office Public d'hygiène sociale. Attaché à l'Ecole de Pratique Sanitaire, elle-même dépendante de l'Institut Lannelongue, ce dispensaire a donné des résultats remarquables : amélioration des logements, cours de vulgarisation scientifique, dépistage de sources de

contagion. Et l'on a pu remarquer que la tuberculose diminuait.

Notons ici que l'Institut Lannelongue est arrivé d'autre part à faire une sorte de « pedigree des habitants », chaque famille ayant sa fiche et son casier sanitaire, le secret professionnel étant d'ailleurs strictement conservé.

Toutes ces œuvres, ainsi que certains services de pédiatrie, ont formé des infirmières et des Assistantes sociales, dont le rôle, dans la lutte antituberculeuse, est prépondérant.

A l'Assistance maternelle et infantile de Plaisance, sept infirmières sont employées et chacune d'elles est responsable d'un certain nombre de nourrissons qu'elle suit et qu'elle visite à domicile, régulièrement.

L'Association d'hygiène sociale, fondée par Mlle Chaptal et, d'accord avec le dispensaire antituberculeux, permet d'apporter aux malades, des soins, même à domicile, et s'occupe de diriger les enfants vers des centres de placement.

Signalons également un ensemble d'œuvres sociales dont le centre siège rue du Moulin-Vert. De nombreuses visiteuses à domicile essaient d'améliorer le logement ouvrier.

Dans les services de l'Assistance Publique, les Assistantes sociales ont un rôle au moins aussi important et peut-être encore plus aride.

En effet, elles ont affaire à une classe sociale besogneuse, pauvre et souvent tarée, avec laquelle il est difficile d'arriver à un résultat positif. Ce sont elles

qui recherchent et découvrent les sources de contagion, si minimes soient-elles. Car, s'il paraît établi qu'une contamination importante entraîne facilement de grosses lésions tuberculeuses, alors qu'une contamination légère n'entraîne que des lésions discrètes, on a pourtant remarqué qu'il n'existait parfois aucun rapport entre la fréquence et l'intimité du contact et la lésion bacillaire évolutive massive. D'où l'importance de ne négliger aucun contact, si minime soit-il.

L'Assistante sociale tend donc ses efforts à dépister, non seulement des tuberculoses ouvertes graves, mais aussi des tuberculoses cicatrisées et soi-disant guéries, et des contacts fugaces. Efforts souvent stériles, car ils s'opposent à la difficulté de l'aveu ainsi que nous avons pu le constater dans quelques observations relatées plus haut, à une sorte de pudeur familiale. Pour bien des gens, la tuberculose est une tare que l'on essaie de cacher.

Après avoir dépisté les sources de contagion, l'Assistante sociale essaie de réduire les effectifs bacillaires disséminés dans le milieu familial.

Rôle difficile où pourtant nos Assistantes sociales excellent. Il faut convaincre les parents de l'utilité du placement des enfants ; leur faire admettre — et qui plus est : comprendre — la nécessité de séparations souvent longues.

Eloigner le père ou les parents tuberculeux en les dirigeant sur des hôpitaux ou des sanatoria ; interdire les visites amicales, charitables, voire intéressées aux amis et parents éloignés ; exiger des mesures de pré-

caution indispensables, assainir les logements. Rebutées par les familles, fatiguées par des courses à travers tout Paris, renvoyées d'hôpitaux en dispensaires, nos Assistantes travaillent pourtant, avec dévouement, à l'œuvre qui leur est confiée.

MOYENS QU'IL SERAIT SOUHAITABLE DE VOIR EMPLOYER POUR ÉVITER LES CONTAGIONS

Nous avons passé en revue, rapidement résumées, les grandes mesures de prophylaxie actuelles. (Nous parlerons plus loin des centres de placement.)

Cependant, ces mesures paraissent insuffisantes, puisque les contagions tuberculeuses sont encore si nombreuses. Pour les éviter complètement, il nous faudrait envisager, ici, un certain nombre de mesures plus actives ou plus sévères.

Nous empruntons à M. Debré « Mortalité infantile et mortinatalité », la phrase suivante : « Il faut entreprendre un triple effort d'ordre sanitaire, économique et psychologique ; et en le menant à bonne fin, obtenir un triple succès : sanitaire d'abord, c'est-à-dire une organisation technique correcte de la protection maternelle et infantile ; économique ensuite, c'est-à-dire une prospérité suffisante pour que soient assurées à la presque totalité des familles des ressources suffisantes et une habitation saine ; psychologique enfin, c'est-à-dire une diffusion dans la masse de la population des notions d'hygiène qui triomphent de l'igno-

rance des femmes en couches et des mères et font disparaître les préjugés dangereux. »

Les causes sanitaires et psychologiques l'emportent sur les causes économiques, lesquelles, ainsi que l'a montré M. Debré, ne sont responsables que du tiers des décès.

Nous étudierons spécialement les premières.

Dans le premier cas, ainsi que nous l'avons déjà montré, le rôle des sage-femmes et des assistantes sociales est prépondérant.

« L'infirmière-visiteuse est, à la ville comme à la campagne, la véritable cheville ouvrière de la mortalité infantile. »

Découvrir les sources de contagion ; rechercher les contacts, même fugaces ; se souvenir que les sujets les plus sensibles sont les nourrissons ; surveiller plus spécialement les enfants fragilisés par une maladie infectieuse ou anergisante, par une pneumopathie aiguë ; enfin, penser plus particulièrement aux transplantés, petits coloniaux ou campagnards. Mais, l'assistante sociale doit être aidée en cela par les médecins traitants, les médecins des écoles, eux-mêmes secondés par les instituteurs.

Pourquoi ne rendrait-on pas obligatoire l'examen pulmonaire systématique dans les écoles, dans les usines, en un mot dans toutes les collectivités. Examen clinique et radiologique permettant, non seulement de déceler une tuberculose ouverte, mais encore de dépister une tuberculose à son début. Le tuberculeux reconnu serait alors séparé d'une façon absolument

réelle et effective des nourrissons et des enfants encore réceptifs.

Voici pourquoi il est indispensable de créer des pouponnières, à plusieurs fins : Séparation temporaire en attendant que l'adulte malade soit envoyé en sanatorium, mais aussi enfants chétifs qui ont besoin d'une surveillance spéciale, ou encore nourrissons que la mère ne peut garder, pour une raison ou une autre, et qui seront, ultérieurement, envoyés dans des centres de placement. Ces pouponnières doivent être parfaitement installées et tout doit y être prévu pour la bonne santé de l'enfant et même de la mère. Il existe certaines chambres d'allaitement et certaines crèches d'usine qui sont bien installées.

Les crèches doivent être surveillées encore plus attentivement. En effet, on y conduit, non seulement des nourrissons, mais aussi des enfants plus âgés.

Ainsi que nous l'avons constaté dans quelques-unes de nos observations, le danger des contaminations est un fait certain dans les crèches d'enfants. Les médecins qui s'occupent de ces crèches doivent être d'excellents pédiâtres et la surveillance médicale doit y être très importante.

D'ailleurs, les hôpitaux d'enfants doivent avoir également une installation impeccable.

Voici, emprunté au même ouvrage (Mortalité infantile et mortinatalité) : « Les hôpitaux pour petits enfants ne contribuent à diminuer la mortalité infantile que si leur installation matérielle est bonne, leur personnel médical et infirmier spécialisé, leur service so-

cial organisé. Les épidémies de crèches hospitalières causent encore trop de décès. Il est urgent que toutes les villes possèdent des hôpitaux pour petits enfants, outillés et équipés d'une façon parfaite et où il ne soit pas dangereux d'admettre un petit malade qui a besoin d'être étudié, soigné ou opéré. Les nourrissons ne trouvent à l'hôpital sécurité et bons soins que :

1° S'il existe pour eux des services absolument séparés ;

2° S'il est prévu dans ces services un dispositif permettant, éventuellement, de recevoir l'enfant avec sa mère ;

3° Si toutes les précautions sont prises pour éviter la propagation des maladies contagieuses d'enfant à enfant et du personnel aux enfants, le personnel étant parfaitement bien éduqué à ce point de vue ;

4° Si une excellente aération et une bonne température sont assurées en toute saison par des installations convenables ;

5° Si le nourrisson, dès qu'il est entré en convalescence peut quitter l'hôpital pour être reçu dans une pouponnière spéciale. »

Quant aux consultations de nourrissons, elles devraient toutes être basées sur quelques principes fondamentaux : Dirigés par des pédiâtres instruits, dans des locaux spacieux, avec un nombre suffisant d'infirmières faisant venir les parents d'une façon régulière, pénétrant dans les logis afin de bien assurer l'exécution des prescriptions et enfin, en rapport étroit avec des centres de placement ruraux.

En effet, pendant que le tuberculeux adulte suivra sa cure sanatoriale ou hospitalière, ou bien encore dirigée par le dispensaire ou le médecin traitant, d'une façon rigoureuse et stricte, sa surveillance étant alors confiée à des personnes compétentes : Médecins de dispensaires spécialisés, phtysiologues, dont les infirmières suffisamment instruites feront des visites domiciliaires de contrôle et veilleront à ce que les mesures de prophylaxie soient appliquées, pendant ce temps-là, les petits seront placés dans des centres ruraux spécialisés.

Ainsi que l'a montré M. Debré, c'est ici que doit se porter le plus grand effort. Un centre de placement bien compris sauve la vie des tout-petits. Les enfants doivent être confiés à des paysannes qui, elles-mêmes, sont soumises auparavant à un examen médical sérieux. Elles sont d'ailleurs surveillées par la direction du centre de placement. S'il est malade, l'enfant est soigné par la mère nourrice, sur les conseils du médecin et l'infirmière du centre fait de nombreuses visites domiciliaires afin que les ordres médicaux soient rigoureusement exécutés.

Parfois même, la mère est hébergée au centre avec son enfant, surtout si celui-ci n'a pas encore été sevré. Et, pour que le sevrage s'effectue convenablement, chaque centre de placement devrait donc posséder, ainsi que nous le démontre M. Debré :

— Un dispensaire où ont lieu la visite et la pesée régulière des nourrissons ;

— Une biberonnerie pour la préparation des aliments distribués à chaque nourrice ;

— Une infirmerie pour les nourrissons malades ;

— Un lazaret pour les nourrissons mis en observation ;

— Une chambre d'allaitement pour le sevrage.

Signalons, ici, l'œuvre du Placement Familial des Tout-Petits, le modèle du genre, dont s'occupe activement le Professeur Debré.

Fondée en 1920, elle est construite de telle sorte que les enfants, séparés des sources bacillifères sont parfaitement soignés et suivis dans une atmosphère de calme et de grand air. Les petits sont séparés de leurs parents, soit dès leur naissance, soit plus tard. Dans ce dernier cas, ils sont soumis, comme nous l'avons expliqué plus haut, à divers examens cliniques et radiologiques répétés avant d'être dirigés sur des centres de placement. Ils sont alors confiés à des paysans sains qui se soumettent à certaines règles de l'Œuvre : Visites domiciliaires de contrôle sanitaire des enfants, faites par les infirmières sous la surveillance de médecins phtysiologues et pédiâtres. Parfois même, l'enfant est accepté avec sa mère lorsque celle-ci est bien portante.

L'œuvre du Placement Familial des Tout-Petits prend les enfants jusqu'à deux ans. Mais elle les garde jusqu'à 4 ans, et parfois au-delà.

Pendant leur séjour, les assistantes sociales s'occupent activement du foyer des tout-petits, afin que ceux-

ci, à leur retour, vivent dans un milieu sain et à l'abri de toute contagion.

D'ailleurs, les enfants ne sont pas abandonnés car, chaque mois, après leur retour, ils sont soumis à une visite médicale et radiologique sévère. Ainsi compris, les centres de placement sont capables de réduire la mortalité infantile non seulement en sauvant les enfants qui y sont placés, mais aussi en instruisant la masse sur l'élevage des nourrissons, dans les pays où ils sont créés.

L'éducation populaire devrait, en effet, prendre des proportions non atteintes encore jusqu'à présent. Car, le tuberculeux est un malade difficile à soigner. Plus que tout autre, il est susceptible. Aussi, les mesures prophylactiques doivent-elles être humanitaires et adaptées au milieu de chaque malade.

Voici pourquoi il est nécessaire d'instruire celui-ci suffisamment.

Tous ceux qui dirigent des collectivités d'enfants ou d'adultes devront être à même de les mettre en garde contre les dangers de la tuberculose.

Eviter les contagés, surveiller les nourrissons d'une façon régulière et périodique, appeler le médecin précocément, autant de principes qui devraient faire la base de l'enseignement.

Que les instituteurs éduquent les enfants en les familiarisant avec les données du problème, pour qu'ils sachent se défendre et pour que plus tard, ils ne se cachent pas comme des tarés.

Que les instituteurs eux-mêmes soient éduqués. L'en-

seignement de la lutte contre la tuberculose doit être surtout développé dans les écoles primaires supérieures et dans les écoles normales d'instituteurs et d'institutrices. Leçons données alors, non seulement aux enfants mais aussi aux adultes, car les membres de l'enseignement primaire sont souvent secrétaires de mairie. Et comme ils ont montré en n'importe quelle occasion, le grand désir d'être instruits et dévoués, ils pourraient rendre aux médecins des services certains.

La lutte contre la tuberculose atteindrait ainsi, par les enfants des écoles qui deviendront des adultes, le cœur des campagnes les plus retirées.

Que les professeurs de lycée poursuivent aussi le même but. Que les recrues militaires soient également soumises au même enseignement.

Que l'on forme des infirmières visiteuses de puériculture. Qu'elles apprennent à aider les médecins avec dévouement, n'ignorant pas où s'arrête leur rôle, sachant qu'il faut toujours diriger les familles, en temps utile, vers les consultations médicales ou les médecins traitants. Qu'elles soient douées de la plus grande patience, car elles s'adressent souvent à des femmes ignorantes et méfiantes. Qu'elles soient en contact direct avec les familles, de façon à mettre en œuvre les lois de protection et les secours financiers, de façon à diriger habilement une propagande permanente.

Que des brochures, contenant toutes les instructions nécessaires soient distribuées dans les offices administratifs.

On a, de cette façon, commencé déjà depuis quel-

ques années, une propagande anti-tuberculeuse active. Qu'elle progresse et qu'elle s'agrandisse. Que les brochures, les affiches, les conférences publiques ou radiodiffusées, les projections cinématographiques, tout ce qui, enfin, peut toucher le cœur et l'esprit des êtres, tende enfin vers le même but.

Mais ces mesures seraient insuffisantes si l'on ne s'occupait pas activement, d'améliorer les conditions d'existence des malades en particulier, et des travailleurs en général.

Les assistantes sociales qui connaissent tous les milieux peuvent, elles seules peut-être, parler des immeubles pauvres, situés dans des rues étroites et sombres ; des hôtels encombrés d'enfants où les contagions sont si fréquentes.

Dans le district de Plaisance, où une enquête a été faite au sujet de la mortalité infantile, on a pu se rendre compte de la vie dans les immeubles dits ouvriers.

Les maisons sont sales et les chambres surpeuplées. L'eau n'est pas distribuée dans chaque logement et l'air n'entre que par des fenêtres étroites donnant sur de très petites cours.

Dans les hôtels meublés, la vie est encore plus difficile. Les assistantes sociales n'en parlent qu'avec horreur. Les enfants sont entassés dans une même chambre, sans air ni lumière.

De cette enquête, il a été prouvé que le dixième de la population vivait en hôtel meublé et que plus de la moitié occupait des logements surpeuplés ou in-

suffisants. Dans ce district, la tuberculose a causé 327 décès en 1923 et le même nombre en 1924. La grande majorité de ces décès est due à la tuberculose pulmonaire (286 et 283).

Pour supprimer le surpeuplement, il faudrait construire 376 logements de deux pièces, 476 de trois pièces, 118 de quatre pièces, 36 de cinq pièces, 10 de six pièces.

Que l'on construise donc des maisons d'ouvriers petites, mais propres et claires, avec le maximum de confort. Chambres peintes et non tapissées de papiers. Mobiliers réduits, mais nets et faciles à entretenir.

Que les œuvres de bienfaisance, que les services sociaux s'émeuvent. Que l'on construise des maisons aérées et ensoleillées. Que la guerre contre le taudis progresse et s'active, luttant contre la tuberculose et la dénatalité.

APPLICATIONS IMMEDIATES

Nous venons d'étudier ce qui devrait être fait dans une société idéale pour éviter les contagions. Mais, en pratique, étudions maintenant, comment, avec les moyens dont nous disposons, nous pourrions éviter le maximum de contagions. Quel est le rôle pratique et tangible de nos sages-femmes, de nos assistantes sociales, de nos dispensaires. Et pour illustrer davantage cette étude, pour que ce dernier chapitre soit, en somme, un chapitre de mise en pratique, étudions comment les ressources actuelles de notre vie sociale nous auraient permis d'éviter la plupart des observations que nous avons étiquetées : « contagions évitables ».

LES SAGES-FEMMES

Ainsi que nous l'avons déjà démontré dans un précédent chapitre, les sages-femmes ont un rôle important. Prodiguant leurs soins et leurs conseils à la femme qui n'a pas encore accouché, au nouveau-né qui

est encore à l'abri de toute contagion, leur action peut être prédominante.

Toute sage-femme, qu'elle soit dans un service de l'Assistance Publique ou dans une clinique, ou même chez elle, doit rechercher dans les antécédents de la future accouchée, les signes de tuberculose, même discrets, même à leur début.

Ainsi la mère du petit Maurice L., obs. 9, était bacillaire depuis longtemps déjà, soignée et reconnue telle. Si la sage-femme qui l'a accouché s'était enquis de ses antécédents, si elle l'avait engagée à se séparer de son enfant, le petit Maurice ne serait pas mort, à l'âge de 22 mois, de tuberculose pulmonaire rapidement extensive.

Un autre exemple, plus frappant encore, nous est fourni par la mère de Z. Radhia, obs. 12, qui, malade huit jours avant la naissance de sa fille, tousse et crache. Il est impossible qu'elle n'ait rien avoué à la sage-femme. Pourquoi celle-ci ne l'a-t-elle pas conseillée ? L'enfant ne serait pas mort, à l'âge de 5 mois, de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Nous prendrons comme dernier exemple, celui de K. Jocelyne, obs. 18, qui, à l'hôpital Hérold, meurt à 4 mois de tuberculose ganglio-pulmonaire. Sa mère a pourtant accouché dans une maternité d'un des hôpitaux de Paris et elle y a déclaré qu'elle avait toujours été de santé fragile. Mais, la sage-femme n'a rien approfondi, n'a rien recherché, n'a rien expliqué, n'a pas prévenu.

LES ASSISTANTES SOCIALES

La rôle de l'assistante sociale paraît encore plus important que celui de la sage-femme. En effet, plus et mieux que celle-ci, elle pénètre au cœur des familles, de n'importe quelle condition. Elle convainc et persuade. Elle est l'auxiliaire précieux et indispensable des médecins et des services hospitaliers. Instruite des moindres ressources de notre société actuelle, elle peut, plus que quiconque, dépister les contagés, et en faisant des visites domiciliaires aux adultes malades rentrés chez eux, donner aux enfants le droit de vivre.

La mère de la petite Monique F., obs. 6, a fait, quelque temps après la naissance de son enfant, une pleurésie tuberculeuse pour laquelle elle a été soignée à Tenon. On ne sait quels sont les conseils donnés par l'assistante sociale de l'hôpital Tenon. Sans doute, n'a-t-elle pas été revoir la mère chez elle et n'a-t-elle pas conseillé, lors même du séjour de celle-ci à l'hôpital, la séparation de l'enfant. Car l'assistante sociale de l'hôpital Hérold a obtenu de diriger les enfants vers des centres de placement.

L'assistante sociale doit, non seulement faire comprendre aux parents tuberculeux, la nécessité de se séparer de l'enfant ; mais encore elle doit retourner voir les adultes malades chez eux. Ainsi, à leur sortie de l'hôpital, elle évitera les contacts possibles avec les enfants, même lorsque les adultes paraissent guéris.

Ainsi le cas de Suzanne B., obs. 35. L'oncle maternel de l'enfant a eu une pleurésie. Si l'assistante sociale du service où il a été hospitalisé avait prévenu ce malade qu'il y avait danger à ce qu'il s'occupât d'un petit enfant, sa petite nièce, âgée de 4 mois, n'aurait pas été contaminée. Les tuberculeux sont, on ne saurait trop le répéter, des malades qu'il faut revoir.

L'exemple de la petite Jeanine M., obs. 41, est particulièrement intéressant. Cette enfant, ainsi que nous l'avons déjà vu, est morte à l'hôpital Hérold de méningite tuberculeuse. Elle a été en contact avec une jeune cousine de 17 ans, laquelle a été hospitalisée dans un des hôpitaux de Paris, pour atteinte bacillaire massive. L'assistante sociale de ce service aurait dû revoir cette jeune fille chez elle et rechercher s'il n'y avait pas d'enfants dans son entourage. Elle aurait alors, été à même, d'empêcher le contagé ; la mort de la petite Jeanine et la haine immédiate qui s'en est suivie entre les deux familles, les parents de l'enfant morte accusant lourdement les parents de la jeune cousine. Tout un chapitre dramatique dans la vie des êtres que nos assistantes sociales devraient prendre plus à cœur.

Pour clore ce chapitre intéressant les assistantes sociales, donnons l'exemple d'Odette G., obs. 39, et qui meurt dans le service de pie-mérite tuberculeuse. Elle avait été en contact avec deux enfants : l'un qui a fait un séjour en sanatorium, l'autre qui présente une adénopathie médiastinale tuberculeuse. Ce que nous avons dit au sujet des adultes, nous le redirons, ici,

à propos des enfants. L'assistante sociale aurait dû les suivre et empêcher tout contact avec d'autres enfants, même si les contacts sont discrets.

DISPENSAIRES

Etudions maintenant le rôle des dispensaires. Ceux-ci drainent actuellement une grande partie des malades tuberculeux. Ils rendent des services immenses car la plupart d'entre eux, installés dans des locaux spacieux, dirigés par des médecins compétents eux-mêmes secondés par des infirmières visiteuses dévouées, dépistent les tuberculoses, empêchent les contagies, conseillent les familles, dirigent les adultes vers des services hospitaliers ou des sanatoria, envoient les enfants à de bons centres de placement.

Toutefois, nous avons pu relever quelques fautes commises par des dispensaires et, certainement quelques-unes de nos contagions auraient pu être évitées si les médecins consultants avaient été plus fermes, les infirmières visiteuses plus persuasives et plus dévouées.

Voici l'exemple de la petite I. Elise, obs. 11, qui est restée en contact permanent avec sa mère qui tousse et crache. Celle-ci a été suivie dans un dispensaire où on ne lui aurait pas conseillé la séparation parce que, à un examen de crachats, on ne lui aurait pas trouvé de bacilles. Il y a vraiment trop de monde

dans les consultations de dispensaires. Les locaux ne sont pas assez spacieux et, fatalement, les médecins consultants ne peuvent s'intéresser suffisamment à chacun de leurs malades.

Le père du petit B. Marcel, obs. 19, allait se faire soigner dans un dispensaire. Mais, de caractère acariâtre, il avait lassé les infirmières et l'enfant n'avait pas été séparé du père.

Si les infirmières de ce dispensaire avaient montré plus de fermeté, plus de persévérance et plus de dévouement, si elles avaient été voir le malade chez lui, l'enfant n'aurait pas été contaminé.

En effet, l'assistante sociale de l'hôpital Hérold, elle, a obtenu que l'enfant parte pour Brévannes.

Prenons l'exemple de Lucien C., obs. 21. Le père crache des bacilles depuis déjà deux ans. Le dispensaire a conseillé la séparation, mais trop tardivement. Quand le père s'est fait hospitalisé, le contact avait déjà été fait.

Encore une fois, pourquoi les infirmières de dispensaires ne font-elles donc pas de visites domiciliaires ? Plus à même de découvrir des enfants contaminés ou qui pourraient l'être, elles éviteraient ainsi bien des contagions.

Le père de B. Huguette, obs. 29, qui n'aurait pas demandé mieux que d'éviter de contaminer son enfant, était allé se faire également soigner dans un dispensaire. Mais les infirmières n'auront pas été assez catégoriques.

Il faudrait pourtant qu'elles sachent conseiller les

parents qui le désireraient et, qu'en même temps, elles leur indiquent la possibilité de diriger les enfants vers des centres de placement.

Nous avons encore à étudier dans ce chapitre deux grandes causes des contagions tuberculeuses : la promiscuité des crèches et des locaux ouvriers, et l'insuffisance de l'Education populaire.

PROMISCUITÉ DES CRÈCHES ET DES LOCAUX OUVRIERS

L'on construit actuellement dans les régions périphériques de Paris, des logements aérés et sains.

Cependant, les hôtels meublés ainsi que les logements surpeuplés abondent.

Nous allons donner ici quelques exemples de contagion que l'on aurait pu éviter si chacune de ces familles habitait un petit appartement ensoleillé.

Dans les hôtels pauvres, en effet, habitent, non seulement des familles nombreuses, mais aussi des ouvriers qui se savent ou ne se savent pas tuberculeux et qui sont en contact avec les enfants de leurs camarades d'usine ou d'atelier. Les parents, le plus souvent, ne soupçonnent rien, et, quand ils craignent quelque contagion, il est souvent trop tard et celle-ci a déjà eu lieu.

Si les parents de la petite Ginette N., obs. 43, avaient un petit appartement sobre et clair, l'enfant n'aurait pas été contaminé par un voisin d'hôtel.

Et, pour illustrer davantage encore ce que nous disions plus haut, nous apprenons que, lorsque les parents ont déménagé, la contagion était déjà faite.

Voici l'exemple de Louise D., obs. 44. Dans le même hôtel que la famille vivait un camarade du père, algérien, lequel, comme la plupart de ces coloniaux transplantés, faisait une tuberculose pulmonaire. Si les comités d'hygiène sociale s'étaient inquiétés davantage du sort des familles nombreuses vivant dans les hôtels meublés et des promiscuités fatales qui en découlent, la petite Louise ne serait pas morte, dans le service de M. Debré, à l'âge de 14 mois, de bronchopneumonie tuberculeuse.

En effet, plus que tout autre logement, l'hôtel meublé est nuisible.

Il s'y noue quelquefois des relations inavouables : mari travaillant tout le jour, mère lassée de ses devoirs trop accablants, ami du père en chômage. Relations fatales aux tout-petits, ainsi que nous le montre l'exemple du petit Alphonse M., obs. 46, qui a été en contact avec un voisin tuberculeux mais dont la mère s'est obstinément refusée à donner d'autres renseignements ; et, avec la même obstination, a refusé de déménager. La lutte contre les hôtels meublés ne doit cependant pas suffire. Il doit s'y joindre une lutte active contre les logements surpeuplés. Les familles nombreuses qui habitent, parents et enfants dans une même chambre (et il en existe !) sont trop heureuses de pouvoir parfois confier ceux-ci à une voisine aimable. Tel est l'exemple qui nous est fourni par l'ob-

servation du petit Jacques B., obs. 47. Les parents ont cinq enfants et habitent un logement beaucoup trop petit. Le contact s'est donc fait par une voisine tuberculeuse, à laquelle on confiait l'enfant. Celui-ci, deux mois après son séjour à Hérold, meurt de bronchopneumonie tuberculeuse. Après la mort de ce petit, les parents disent, lamentablement, qu'ils vont « essayer » d'empêcher un contact entre les quatre autres enfants et la voisine... Mais la chose est difficile, la voisine est à leur porte et les pauvres gens n'ont guère les moyens de trouver un appartement plus salubre dans des conditions aussi modestes.

Nous ajouterons à ce chapitre les contagions qui ont eu lieu dans les crèches quoique nous pourrions rapprocher celles-ci du chapitre dans lequel il a été question de nos assistantes sociales. En effet, il s'agit ici du personnel des crèches. Personnel infirmier ou autre que l'on devrait pourtant éduquer de telle sorte qu'il ne puisse contaminer un enfant ; que l'on devrait aussi, trier avec un tel soin et une telle sévérité que toute contamination deviendrait, non seulement évitable, mais impossible. Il devrait, en effet, être interdit d'entrer dans une crèche avant un examen préalable radiologique et clinique minutieux. D'autre part, il devrait y avoir une sorte de règle établie par laquelle on n'admettrait dans une crèche, aucun enfant dont l'état de santé pulmonaire pourrait être suspect.

Voici le seul exemple que nous ayons ici à fournir, celui du petit Robert M., obs. 48. Cet enfant est laissé dans une crèche chaque fois que la mère se rend à

son travail. Il a une petite sœur de trois ans qui n'y a pas été menée et dont la cuti est négative. Seul, Robert fait une invasion bacillaire massive et meurt dans le service, à l'âge de 2 ans, de piemérite tuberculeuse.

Donc, le contact a eu lieu à la crèche même. S'agit-il d'un des membres du personnel ? S'agit-il d'un autre enfant déjà contaminé et qui aurait contaminé ce dernier ? La mère, profondément atteinte par la mort de son fils, refuse que l'on fasse une enquête. La question est donc demeurée sans réponse. Mais si les crèches étaient soumises à une surveillance rigoureuse, tant au point de vue personnel infirmier qu'enfants admis, le petit Robert ne serait pas mort.

EDUCATION POPULAIRE

Abordons maintenant un dernier et gros chapitre, celui de l'éducation populaire.

Nous avons introduit dans ce dernier chapitre divers exemples, différents les uns des autres.

L'éducation populaire est, en effet, une chose infiniment importante et que l'on ne peut parfaire en se contentant d'en parler, de façon abstraite.

Il faut ici, que nous ayons des aides efficaces et réelles.

Il faut que les assistantes sociales dont nous avons déjà parlé longuement, prennent leur part de cette

charge à remplir. En effet, les prospectus, les conférences cinématographiques ou radiodiffusées sont nettement insuffisantes car ils n'atteignent pas le cœur des familles et la conception de chaque individu, dans son travail, dans sa vie de tous les jours.

Il faut que nous puissions compter sur deux grands facteurs, les assistantes sociales et les instituteurs. Les premières, par leurs visites domiciliaires, les secondes par leurs rapports étroits avec les enfants et les parents de ceux-ci, doivent inculquer à la masse ouvrière les principes fondamentaux et essentiels. Et qu'ils soient, en cela, aidés par les infirmières visiteuses, par les médecins des dispensaires et des usines.

Apprendre d'abord à tous ceux qui ont une famille ou qui, tôt ou tard, vont en fonder une, que :

1° La Tuberculose n'est pas une maladie honteuse.

Le tuberculeux n'est pas un taré. C'est un être comme tant d'autres êtres, qui ne sera pas mis au ban de la société et qui, malade comme d'autres malades, peut être soigné et guéri.

Mais, c'est un malade plus anxieux, plus susceptible que les autres. Aussi devra-t-on, avec persévérance et fermeté, lui faire comprendre la seule chose vraiment importante :

EVITER LE CONTACT AVEC LES TOUT-PETITS

Nombreux sont les exemples que nous pouvons fournir où la tuberculose, considérée comme une tare, a

été soigneusement cachée. Nous avons pu remarquer en interrogeant les parents d'enfants, une chose typique : Dès qu'il y a désaccord entre le père et la mère, si l'on recherche un contact, la mère accusera d'emblée la famille du mari et vice-versa ; alors que, soigneusement, elle se montrera, elle-même et sa famille, de santé parfaite et « en dehors de tout soupçon ».

Tel est l'exemple fourni par l'observation de Stéphane F., obs. 8. La mère a accusé un ami du père, soi-disant tuberculeux, soit-disant fréquentant la maison. Elle s'est déclarée, elle-même, en bonne santé et « de réputation intacte », ne toussant ni crachant. Toutefois, malgré ses affirmations, on obtient de lui faire un cliché radiologique et l'on découvre une tuberculose ouverte.

Il en est de même du père du petit Cly B., obs. 20, qui tousse et crache et n'a jamais admis qu'il pouvait être malade, accusant du contact un voisin qui toussait.

Parents, également, qui, lorsqu'ils n'ont aucun étranger à accuser, déjouent l'enquête avec une habileté remarquable, car il leur paraît être aussi blâmables d'être suspects de tuberculose, que d'être coupables d'une action malhonnête.

C'est ainsi que les parents de Suzanne L., obs. 24, avaient prouvé, lors d'une enquête pourtant minutieuse, qu'ils étaient bien portants. C'est, fortuitement, que l'on apprend que le père a fait quelques semaines auparavant, une hémorragie. Il l'avait cachée à tous,

même à ses amis les plus intimes. Examiné dans le service, on lui trouve une tuberculose ouverte avec bacilles dans les crachats.

Et voici encore un autre exemple lamentable, relaté dans l'observation 34. Comme on s'en souvient, l'enfant avait été en contact avec un oncle, mort quelque temps auparavant, de tuberculose pulmonaire. Mais les parents, solidaires cette fois, sont furieux que l'on « accuse » la mémoire du disparu. Ils nient le contact, se refusent eux-mêmes à tout examen, et accusent une petite voisine de 11 ans qui, d'ailleurs, a déménagé.

Si tous les parents dont nous relatons ici le triste exemple avaient été suffisamment instruits, s'ils ne s'étaient pas cachés d'être tuberculeux, l'on aurait peut-être pu les soigner et éviter ainsi les contacts multiples. Quand donc apprendra-t-on aux adultes que le fait de cacher une tuberculose est un acte criminel car les contacts sont ainsi multipliés. Les instituteurs peuvent nous être ici d'un grand secours. Le droit de vivre des tout-petits réclame l'instruction des adultes.

Mais si le fait d'apprendre aux adultes que la tuberculose n'est pas une maladie honteuse est important, il n'est tout de même pas suffisant. Ne pas se cacher d'être tuberculeux serait inutile si l'on ne se faisait examiner.

Et voici le deuxième point essentiel :

2° Tout individu présentant des troubles de l'état général qui paraîtront suspects, devra se faire examiner au plus tôt.

La mère d'Yvonne M., obs. 15, malade depuis de longs mois, jugeait pourtant inutile de se faire examiner. Ce n'est que lorsque son état l'oblige à se faire hospitaliser à Lariboisière qu'elle accepte d'abandonner son travail, pour mourir d'ailleurs peu de temps après. Si cette femme avait su qu'il était indispensable d'aller se faire examiner au plus tôt, elle ne serait peut-être pas morte et l'enfant n'aurait peut-être pas été contaminée.

Il en est de même pour le père d'Auguste G., obs. 22, qui se fait examiner trop tardivement. En contact avec l'enfant pendant les huit premiers mois de sa vie, il l'a contaminé et le petit est mort à l'âge de neuf mois de broncho-pneumonie tuberculeuse. Ce décès aurait certainement pu être évité si le père, étant allé se faire examiner plus tôt, et sa tuberculose diagnostiquée, on avait pu séparer l'enfant de la source de contagion.

Dans les usines où travaillent les ouvriers, qui ont passé l'âge des enseignements scolaires, il devrait exister de véritables cours où seraient donnés les principes essentiels des problèmes si graves des contagions tuberculeuses.

Le père de Josete N., obs. 23, travaillait durement

et, comme les autres parents, non prévenu, remettait du jour au lendemain sa visite à un dispensaire. S'il avait été prévenu, le père se serait certainement soumis à un examen précoce, car il est compréhensif. D'ailleurs, à Hérold, il accepte le placement de l'enfant à San-Salvador.

Quant au père de la petite Denise L., obs. 27, comme il ne crachait pas (il toussait depuis de longues années), il avait jugé inutile de perdre son temps dans un dispensaire !

Le troisième point de l'éducation populaire consiste à expliquer aux parents :

3° Le danger des contacts et la nécessité des séparations.

En effet, il est des parents qui acceptent de se faire soigner mais qui refusent toute séparation, car ils craignent obscurément pour leurs enfants.

Ce point de l'éducation populaire paraît plus facile à atteindre que les points précédents car les malades sont alors plus proches des médecins qui les traitent, des infirmières qui les suivent. Les explications sont donc plus faciles à donner et, avec la persévérance dévouée des assistantes sociales, l'éducation populaire pourrait faire de grands progrès.

Il faut donc apprendre aux adultes tuberculeux qui, naturellement, ne veulent pas se séparer de leurs enfants, qu'ils sont de véritables dangers pour les tout-

petits et qu'il ne faut jamais hésiter à s'en séparer. Car toute séparation n'est que transitoire et infiniment moins grave que les conséquences d'un contact.

a) Ne jamais reculer devant une séparation inévitable car, au moment tardif où elle sera décidée, elle deviendra peut-être et malheureusement inutile.

Tel est l'exemple fourni par l'observation d la mère d'André Ch., obs. 17. Cette jeune femme, tuberculeuse, s'était résignée à suivre les conseils du dispensaire et avait placé l'enfant en nourrice. Résolution trop tardive car elle a hésité pendant quatre mois, durant lesquels elle a nourri son enfant, qui a fait alors une spina ventosa du 2^e métatarsien gauche et un foyer spléno-pneumonique.

Il en est de même du petit Bernard D., obs. 16, dont la mère, pendant deux mois, a hésité sur la conduite à tenir.

Nous avons d'autres exemples où les parents ignorent — et cette ignorance paraît, à l'heure actuelle, absolument invraisemblable — les dangers d'une contamination tuberculeuse.

Si le père du petit Roger L., obs. 25, qui se savait tuberculeux, avait connu exactement le danger que courait l'enfant, il n'aurait pas hésité à s'en séparer, et le petit ne serait pas mort, à l'âge de 8 mois, de méningite tuberculeuse.

Le père de Raymonde O., obs. 28, est un cas encore plus typique d'ignorance que l'on aurait pu éviter car cet homme croyait la tuberculose héréditaire. Tu-

berculeux lui-même, il jugeait donc inutile de se séparer de l'enfant, qui est morte dans le service, de broncho-pneumonie tuberculeuse, à l'âge de 7 mois.

Il en est de même du père du petit Edouard C., obs. 31, qui n'avait pas été se faire examiner parce qu'il ignorait le danger des contacts tuberculeux. Quand on le lui a expliqué, il a accepté la séparation d'avec son enfant (... mais le foyer de primo-infection était déjà constitué...)

Le père de Maurice B., obs. 30, avait, enfin, accepté de se faire soigner, mais il refusait de se séparer de son enfant qui meurt de broncho-pneumonie tuberculeuse à Hérold. Si les infirmières du dispensaire où il allait lui avaient expliqué la chose, non pas avec brutalité, mais en faisant appel à son pouvoir de compréhension et à ses ressources intellectuelles et affectives, sans doute auraient-elles obtenu la séparation de l'enfant. Car l'assistante sociale de l'hôpital Hérold, grâce à ses visites domiciliaires, après la mort de Maurice, éduque les parents avec une telle constance qu'ils acceptent pour l'avenir le placement d'une petite sœur.

De tous ces exemples que nous venons de donner, nous concluons que les parents ne demanderaient pas mieux que d'être instruits puisque, quand ils ont affaire à des assistantes sociales dévouées, ils acceptent les séparations. Aussi devrait-on éduquer davantage les infirmières de dispensaires ou de consultations libres pour qu'elles-mêmes, instruisent la masse ouvrière.

Toutefois, il ne faut pas seulement prévenir les parents vivant constamment avec l'enfant et obliger ceux-ci à une séparation.

b) Il faut apprendre aux parents que les contacts peuvent être dangereux, même s'ils sont minimes et qu'il y a autant de danger par un contact massif que par des contacts discrets et répétés.

Nous allons en donner ici quelques exemples :

Le petit André R., obs. 33, a été en contact avec son grand père tuberculeux pendant les huit premiers mois de sa vie.

Le petit Robert R., obs. 37, a été en contact avec son grand père, également tuberculeux une heure par jour, pendant six mois.

Liliane M., obs. 38, a été de façon irrégulière, amenée en visite chez sa grand' mère et chez sa tante tuberculeuses.

Les parents de ces enfants connaissaient le danger des contacts tuberculeux, mais ils pensaient que des contacts aussi minimes seraient sans danger. Et la petite Liliane M. est morte, à l'âge de un an, de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Voici deux autres exemples :

Henri L., obs. 40, était de même, pendant les quatre premiers mois de sa vie, amené quelquefois chez un grand père tuberculeux.

Quant à la petite Jeannine L., obs. 42, son histoire est encore plus lamentable. Contacts très discrets et à peine répétés avec deux jeunes filles tuberculeuses. Elle meurt de méningite tuberculeuse.

Comme on le voit, la guerre contre les contacts tuberculeux doit, non seulement intéresser les contacts massifs et uniques, mais aussi les petits contacts répétés. L'éducation populaire doit se faire, ainsi que nous l'avons dit à ce sujet, par les assistantes sociales qui, à la sortie d'hôpital des adultes tuberculeux, leur font des visites régulières et empêchent donc les contacts, même minimes avec les enfants de l'entourage.

c) Dans ce chapitre des séparations entre les adultes tuberculeux et les enfants encore sains, nous parlerons en passant du B. C. G.

Ce vaccin se donne actuellement, non plus par voie buccale, mais par voie sous-cutanée. Mais, d'après les promoteurs du B. C. G., il n'a de succès que lorsqu'on sépare les enfants vaccinés des milieux contaminés, pendant un temps déterminé.

Nous avons ici deux exemples de vaccination par le B. C. G. La petite Olga B., âgée de 6 mois, obs. 32, a reçu du B. C. G. à la naissance, car son père a une tuberculose ouverte. Mais l'enfant n'a pas été séparée de son père et elle meurt, dans le service, de broncho-pneumonie tuberculeuse.

De même, le petit André F., obs. 36, qui avait reçu du B. C. G. Mais, les parents supposaient que c'était suffisant pour éviter tout danger de contamination. L'enfant est donc resté en contact avec un grand père toussant et crachant des bacilles et il est mort à 14 mois de méningite tuberculeuse.

Il faudrait que les dispensaires qui vaccinent par le

B. C. G. préviennent les parents de l'inefficacité de cette vaccination si elle n'est pas suivie d'une séparation totale avec le milieu infectant.

Nous avons donc étudié jusqu'ici les trois points essentiels de l'éducation populaire :

Ne pas se cacher d'être tuberculeux ;

Se faire examiner au moindre signe suspect ;

Accepter les séparations.

Il reste un quatrième point à mettre en évidence :

En effet, la plupart des parents n'acceptent pas de se séparer de leurs enfants parce qu'ils ont peur pour les tout-petits, des nourrices brutales et sales chez lesquelles les enfants, mal nourris et mal soignés, dépérissent et se fragilisent à n'importe quelle infection, ne retirant de la campagne que ses inconvénients, et aucun de ses avantages.

Il existe, d'autre part, plusieurs femmes, honnêtes et besogneuses, qui ne se sont pas séparées de leurs enfants parce qu'elles n'avaient pas d'argent et ignoraient l'existence des œuvres pour la protection de l'enfance. Aussi, le dernier point de l'éducation populaire est-il celui-ci :

4° Faire connaître les ressources actuelles contre la tuberculose et l'existence des centres de placement.

Apprendre aux parents besogneux qu'il existe des moyens de leur venir en aide et qu'il existe aussi des

centres de placement pour les tout-petits, surveillés attentivement par le personnel dévoué qui s'en occupe.

Nous allons ici donner l'exemple de plusieurs cas de contagions que l'on aurait pu éviter si les parents avaient été prévenus de l'existence de ces œuvres.

Tel est le petit Jacques D., obs. 7, qui meurt, à l'âge de un an, de tuberculose miliaire. Sa mère subvenait aux besoins du ménage et, de ressources très modestes, ne supposait pas que l'on puisse accepter son enfant dans ces conditions. Elle ignorait également l'organisation des centres de placement. Si elle en avait été instruite, sans doute, l'enfant ne serait-il pas mort...

Il en est de même de la mère du petit Roger G., obs. 10, pour laquelle les centres de placement étaient inconnus et dont l'enfant meurt, à trois semaines, de tuberculose pulmonaire rapidement extensive.

Si l'assistante sociale de l'hôpital Tenon où cette jeune femme avait été soignée, l'avait instruite et prévenue — et il est si facile de le faire ! — nous aurions pu, vraisemblablement, compter un autre décès de moins.

Quant à la mère de Jacqueline N., obs. 13, tuberculeuse depuis la naissance de l'enfant, elle reste en contact avec celle-ci car elle ne veut pas envoyer l'enfant en nourrice et qu'elle ne sait pas, non plus, qu'il existe des œuvres parfaites, pouvant se charger des petits malades.

Cette femme s'est pourtant fait examiner dans un

dispensaire, puis ensuite à la consultation de l'hôpital Tenon. Les infirmières de dispensaires, les assistantes sociales connaissent pourtant les ressources actuelles de notre société contre les tuberculoses infantiles ! Mais elles n'ont pas instruit la mère, et l'enfant, à sa sortie de l'hôpital Hérold, meurt à la fondation hispano-américaine de péritonite tuberculeuse, alors que la mère meurt également, et presque en même temps, à l'hôpital Tenon, de tuberculose pulmonaire.

Tous ces cas lamentables et que, pourtant, l'on aurait pu éviter, de contagions tuberculeuses, nous montrent, de façon tangible, les efforts que l'on pourrait encore réaliser dans ce domaine.

— Nous avons envisagé à peu près tous les côtés du problème. Car il n'est pas ici, nécessaire de se placer, en quelque sorte dans une société idéale. Il faut prendre nos pauvres moyens humains, en face de tel ou tel cas, devant telle ou telle famille... Toutes les contagions, dont nous avons donné plus haut les observations, auraient pu être évitées. Et nous avons vu comment.

Pourquoi ne l'a-t-on pas fait ?

CONCLUSIONS

En nous plaçant en dehors d'une société dont l'organisation serait idéale, où toutes les contagions tuberculeuses pourraient être supprimées, nous avons étudié un certain nombre d'observations de contagions que l'on aurait pu éviter.

Il existe certainement, des œuvres de haute portée sociale, contre la tuberculose et pour la protection de l'enfance. Toutefois, ces mesures de défense sont insuffisantes puisqu'il y a tant de décès d'enfants après des contacts tuberculeux.

Nous avons rapidement passé en revue les moyens qu'il serait souhaitable de voir employer par un triple effort sanitaire, économique et psychologique, par un développement intense des hôpitaux d'enfants, des pouponnières, des crèches et des centres de placement, par une organisation spéciale et une surveillance étroite et systématique, par des lois de protection et des secours financiers, par une éducation populaire et une propagande permanente habilement menées.

Mais nous avons surtout porté notre effort sur les applications pratiques et immédiates du problème, en nous référant à toutes nos observations de contagions

évitables, dans chacune desquelles nous avons pu mettre en évidence la faute commise :

Quatre grandes mesures doivent être prises :

L'Education des sage-femmes ;

L'Education des assistantes sociales qui pénètrent au cœur des familles ;

La construction de logements aérés et sains évitant ainsi la promiscuité des locaux ouvriers ;

L'Education populaire enfin, à laquelle doivent contribuer les sages-femmes, les assistantes sociales, les instituteurs, apprenant à tous ceux qui ont une famille ou qui vont en fonder une, les quatre données essentielles du problème psychologique :

— La tuberculose n'est pas une maladie honteuse ;

— En conséquence, tout individu présentant des troubles suspects devra se faire examiner ;

— Il devra, ensuite et de façon formelle, éviter les contacts avec les tout-petits, et accepter immédiatement une séparation, car tout contact est dangereux, même s'il est minime ;

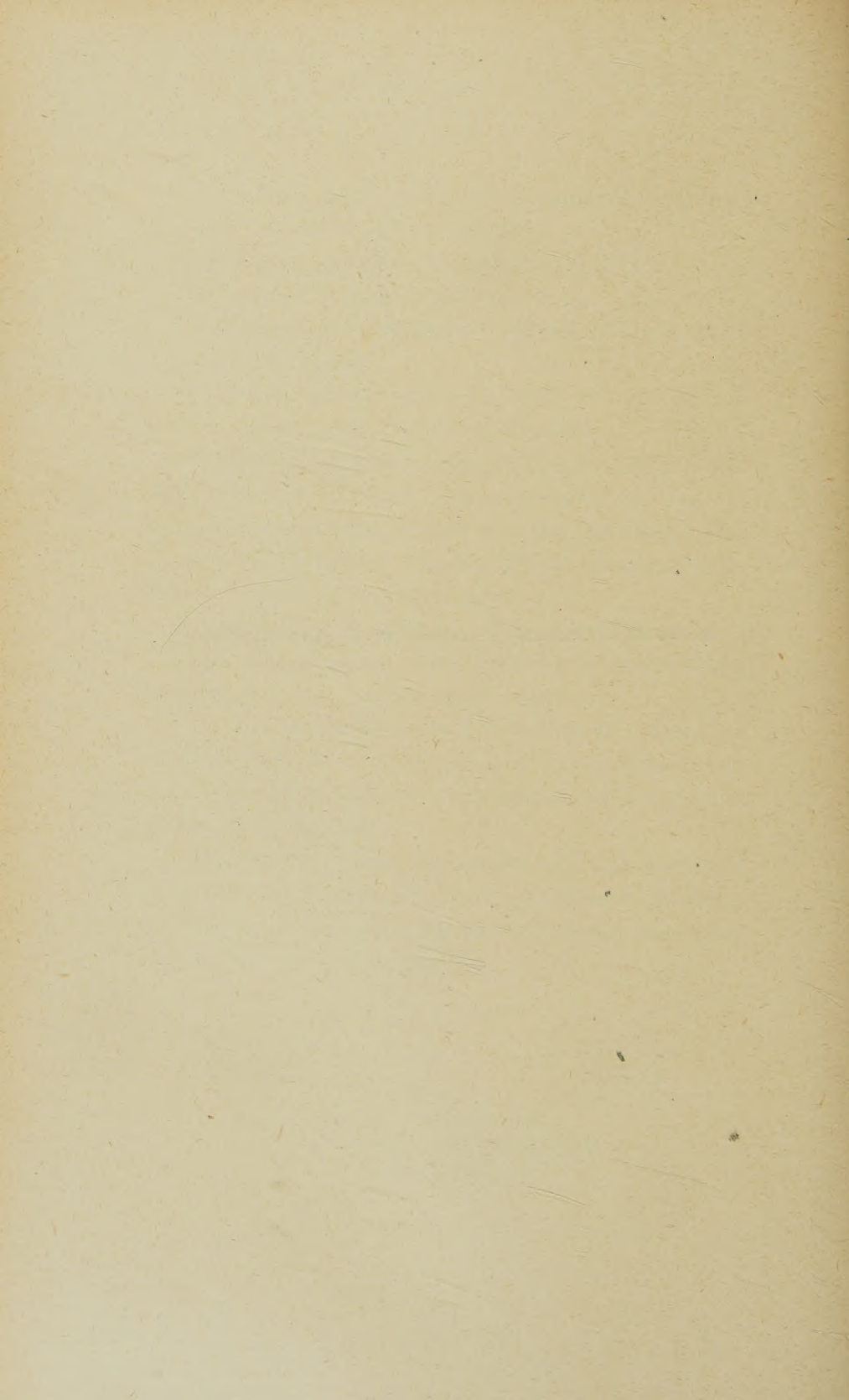
— Il faut, enfin, que les parents qui appréhendent de se séparer de leurs enfants, apprennent à connaître les ressources actuelles, et les centres de placement qui veillent sur les tout-petits.

Vu : *Le Doyen*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président*
DEBRÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.



11A

21

